COLLEGE DE MEDECINE D'URGENCE DE BOURGOGNE

Protocole N° 040

Rédacteurs	Dr Minerva Faddoul (Chalon sur Saone)
Date	13/09/2012
Validation	Dr Mariotte anesthésiste-réanimateur, Dr Feral Merabet allergologue (Chalon sur Saône)
Approbation	Commission protocole
Bibliographie	Selon les recommandations de la SFAR 2010 Anales française d'Anesthésie et de Réanimation 2011 Recommandation d'ANAES 2003

PRISE EN CHARGE D'UNE REACTION ALLERGIQUE ET CHOC ANAPHYLACTIQUE

---

1. ETIOLOGIES

- Origine médicamenteuse et alimentaire.
- Piqûres d'hyménoptères.

2. MANIFESTATIONS CLINIQUES

Réaction locale étendue ou locorégionale : lésions cutanées érythémato-papuleuses ou œdémateuses.

Réaction générale systémique (immédiate, semi-retardée de quelques heures, retardée de 1 à 15 jours) œdème de Quincke, choc anaphylactique ou anaphylactoïde.

On décrit 4 stades de gravité clinique croissante d'une réaction anaphylactique ou anaphylactoide :

- **Stade I : signes cutanéomuqueux généralisés** : urticaire, érythème avec ou sans œdème (pas d'atteinte pharyngolaryngée)

- **Stade II : atteinte multi viscérale modérée,** avec signes cutanéomuqueux, hypotension et tachycardie inhabituelles, hyperréactivité bronchique (dyspnée, toux), agitation, céphalée, œdème de la langue, troubles digestifs.

- **Stade III : atteinte multi viscérale sévère** menaçant la vie : collapsus, tachycardie ou bradycardie, troubles de rythme cardiaque, bronchospasme, œdème laryngé (dysphonie), signes neurologiques (convulsions).

- **Stade IV : arrêt circulatoire** et/ou respiratoire.

3. EXAMENS BIOLOGIQUES

Certains examens biologiques immédiats peuvent être utiles au diagnostic :

- **Dosage de tryptase sérique** : l'augmentation franche de la tryptase sérique (> 25 µg/l) est en faveur d'un mécanisme anaphylactique (paramètre de sévérité). Le pic de concentration est entre 30 minutes à 2 heures après la réaction et la demi-vie plasmatique est de 90 minutes. Ce dosage peut être augmenté chez les patients ayant une LMC et LA ou mastocytes systémique (faux positif).

- **Dosage d'histamine plasmatique** prouve l'histamino-libération (le pic est immédiat et la demi-vie plasmatique est de 15 à 20 minutes). Il ne faut pas réaliser ce dosage chez la femme enceinte à partir du 2ème semestre de gestation ni chez les patients recevant de l'héparine (faux négatifs).

Associer les 2 dosages dans les réactions modérées augmente la performance diagnostique.

Les dosages nécessitent deux prélèvements de 7 ml (un tube sec et un tube EDTA) dans l'heure qui suit le début des signes cliniques. Ils doivent être transmis au laboratoire dans les deux heures ou être conservés au réfrigérateur a + 4 C° pendant 12 heures maximum.

4. TRAITEMENT

Le traitement doit être adapté à la gravité clinique, aux antécédents, aux traitements en cours et à la réponse aux traitements d'urgence.

Eviction de l'allergène quand c'est possible.
Interrogatoire minutieux afin de préciser le délai d'apparition des symptômes par rapport au dernier contact avec l'allergène suspecté (prise médicamenteuse ou alimentaire piqûre d'hyménoptère).

A. Grade I : réaction allergique locale étendue ou locorégionale, ou réaction générale sans œdème :

➢ Antihistaminiques H1 de 1ère ou 2ème génération per os ou IV.
Desloratadine (Aerius®) ou Cetirizine®) : 1 cp/24h.
Dexphloréniramine (Polaramine®) IV : 1 à 2 ampoules.

➢ Application de pommade dermocorticoïde si réaction localisée au point de piqure :
Dexaméthasone= Diprosone® (pour le corps).
Dénoside =Tridesonit® (pour la face).

B. Grade II et III réaction systémique générale :

1. Contrôle rapide des voies aériennes supérieures et oxygénation.
2. Surélévation des jambes
3. Adrénaline par voie intraveineuse sous monitorage

Objectif tensionnel PAS ≥ 100 mm Hg ou PAM = 60 mmHg, relayée par perfusion continue à la dose de 0.05 à 1 µg/ kg/min.

Posologie d'Adrénaline : Pour mémoire : 1 µg ou gamma= 0.001 mg

- **Grade II** : bolus de 10 à 20 µg ou 0.01 mg à 0.02 mg (0.1 ml à 0.2 ml) à répéter toutes les 1 à 2 minutes.
  Dilution: Prendre 1 mg (1 ml) d'adrénaline et le diluer dans 9 ml de sérum physiologique ; jeter 9 ml et rediluer le ml restant (soit 0.1 mg) avec 9 ml de sérum physiologique soit une dilution finale de 0.01 mg/ml.
- **Grade III :** bolus de 100 à 200 µg ou 0.1 mg à 0.2 mg à répéter toutes les 1 à 2 minutes.
  Dilution**:** 1mg = 1 ml dans 9 ml de sérum physiologique (soit 0.1 mg/ml).
  Les doses sont à augmenter de façon rapidement croissante en cas d'efficacité insuffisante (PAM < 60 mm Hg).
  Une perfusion continue (de 0.05 à 1 µg/kg/min) peut éviter de répéter les bolus (cf annexe 1).

Dans l'attente d'une voie veineuse efficace, la voie intramusculaire peut être utilisée (0.3 à 0.5 mg) à répéter après 5 à 10 minutes.

4. Remplissage vasculaire par cristalloïdes 30 ml/kg puis colloïdes 30 ml/kg.

5. En cas d'œdème pharyngo laryngé :

- Aérosol d'adrénaline 1 à 5 mg dans 5 ml de sérum physiologique, proposé par de nombreux auteurs, en cas de dyspnée aiguë.
- Le recours à l'adrénaline IM ou IV (cf 3.) doit être envisagé en l'absence d'amélioration rapide.
- Les corticoïdes ne représentent pas le traitement de première intention et ne doivent pas faire retarder le traitement par l'adrénaline. Ils doivent cependant être rapidement administrés compte tenu de leur délai d'action.

  Formes orales : Béthametasone (Célestène® en gouttes), ou Prédnisolone (Solupred®) dispersible à 1 mg/kg.
  Formes injectables : Methylprednisolone (Solumedrol®) : 1 à 2 mg/kg IVD ou hémisuccinate d'hydrocortisone 200 mg IVD toutes les 6h.

6. En cas de bronchospasme sans hypotension artérielle :

- Aérosols de bêta2adrénergique sous O_2 à haute concentration (Salbutamol 2.5 à 5 mg dans 3 ml de sérum physiologique répéter 2 à 3 fois la première heure).
- Les corticoïdes ne représentent pas le traitement de première intention et ne doivent pas faire retarder le traitement par l'adrénaline. Ils doivent cependant être rapidement administrés compte tenu de leur délai d'action.
- Formes orales : Béthametasone (Célestène® en gouttes), ou Prédnisolone (Solupred®) dispersible à 1mg/kg
- Formes injectables : Méthylprednisolone (Solumédrol®) : 1 à 2mg/kg.ou hémisuccinate d'hydrocortisone 200 mg IV toutes les 6h.
- En cas de résistance au traitement ou si forme d'emblée sévère : Salbutamol en IV en bolus 100 et 200 µg, puis en perfusion continue (5 à 25 µg/min ou 0.3 à 1.5 mg/h) puis Adrénaline IV.

C. Grade IV

Si arrêt circulatoire et ou respiratoire ou coma : réanimation de l'ACR :

Bolus Adrénaline de 1 mg en IV toutes les 1 à 2 min, à renouveler (SFAR) associé à un massage cardiaque externe .les bolus itératifs peuvent être relayés par une perfusion continue de 0.05 à 0.1 µg/kg/min.

Remplissage vasculaire concomitant.

5. CAS PARTICULIERS

- **Femmes enceintes** : positionner en décubitus latéral gauche (lever la compression aorto-cave) + Adrénaline en IV selon les mêmes modalités qu'en dehors de la grossesse.
- **Patients traités par bêtabloquant** :
  Augmenter la posologie de l'Adrénaline en fonction du grade.
  En cas d'inefficacité, passer à Glucagon 1 à 2 mg IV, SC ou IM toutes les 5 minutes.

- **Si collapsus cardiovasculaire réfractaire à l'Adrénaline,** utiliser Noradrénaline (0.1 µg/kg/min).

6. SURVEILLANCE et BILAN allergologique à distance

- Il est recommandé de surveiller le patient en milieu hospitalier:
  8 heures dans les cas de réaction systémique sans chute tensionnelle,
  24 à 48h heures en cas de choc systémique (en réanimation ou soins-continus car risque de récidive).
- Programmer dans les 6 à 8 semaines une consultation allergologique pour les tests cutanés
- Déclarer au réseau « Allergovigilance » reseau.allergovigilance@chu-nancy.fr
  Elle devrait être systématique.
- Le diagnostic d'une anaphylaxie sévère (grade II et III ou IV récupéré) doit entraîner la prescription **d'une trousse d'urgence :**
  Corticoïdes per os et stylo auto injection Adrénaline (Anapen®) avec éducation des patients à l'auto-injection intramusculaire.

Annexe 1 :

Adrénaline® en seringue électrique Vitesse en ml/heure										
1 mg dans 10 ml de sérum physiologique, ou 2 mg dans 20 ml, ou 4 mg dans 40 ml.										
Poids	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
Dose (µg/kg/min)										
0,05	1,5	1,6	1,8	1,9	2,1	2,2	2,4	2,5	2,7	2,8	3
0,10	3	3,3	3,6	3,9	4,2	4,5	4,8	5,1	5,4	5,7	6
0,15	4,5	4,9	5,4	5,8	6,3	6,7	7,2	7,6	8,1	8,5	9
0,20	6	6,6	7,2	7,8	8,4	9	9,6	10,2	10,8	11,4	12
0,25	7,5	8,2	9	9,7	10,5	11,2	12,0	I2,7	13,5	14,2	15
0,30	9	9,9	10,8	11,7	I2,6	13,5	14,4	15,3	16,2	17,1	18

ORDONNANCE TYPE EN CAS DE REACTION ALLERGIQUE
Aux piqures de guepe-abeille-frelon
Ou en cas d'allergie alimentaire
Ou en cas d'allergie médicamenteuse
pour adultes et enfants de plus de 12 ans

➔ Toujours avoir sur soi une trousse avec les médicaments suivants :

- Antihistaminique (ex : CETIRIZINE).
- Corticoïde (ex PREDNISOLONE ORO ®20 mg).
- 2 stylos d'ANAPEN® 0.30 mg/0.3 ml.

➔ **CONDUITE A TENIR :**

1- Dès la piqûre ou les toutes premières manifestations, contacter ou faire contacter le médecin le plus proche ET prendre immédiatement :
2 comprimés de CETIRIZINE (à laisser fondre dans la bouche).
3 comprimés de PREDNISOLONE ORO 20 mg en cas d'œdème (gonflement), à laisser fondre.

2- En cas d'apparition de malaise ou de signes d'une réaction allergique sévère : démangeaisons et érythème généralisés de la peau ou des muqueuses, gêne respiratoire, gêne pour parler ou avaler ➔ **APPELER LE 15.**

3- PRATIQUER SOI-MEME ou FAIRE PRATIQUER PAR L'ENTOURAGE une injection intramusculaire d'ANAPEN dans la face externe de la cuisse, selon le mode d'emploi fourni par le laboratoire.

4- Utiliser le 2ème stylo, après 15 à 20 minutes, en l'absence d'amélioration.